

Verordnung von Ernährungstherapie

nach §43 SGB V

für die Teilnahme am inBalance - Adipositas Schulungsprogramm®
bzw. für Ernährungsberatung in der Adipositas-Ambulanz
im St. Christophorus Krankenhaus Werne

Anamnesebogen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Patient	
Name: _____	Geburtsdatum: _____

Diagnosen / Begleiterkrankungen	
<input type="checkbox"/> Adipositas	BMI: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	Typ: _____
<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen	
<input type="checkbox"/> Hyperuricämie	
<input type="checkbox"/> Sonstige _____	

Allergien / Intoleranzen	
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien	
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranzen (z.B. Laktose, Fruktose, Gluten)	

Medikamente	
<input type="checkbox"/> Orale Antidiabetika	
<input type="checkbox"/> Insulin	
<input type="checkbox"/> Sonstige	

Laborwerte:	
HbA1c: _____	
Gesamtcholesterin: _____	HDL: _____ LDL: _____
Triglyceride: _____	Harnstoff: _____
Harnsäure: _____	Serum-Kreatinin: _____

Hiermit verordne ich Ernährungstherapie bei Adipositas mit BMI _____

Praxisstempel

Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Diese Bescheinigung wird von Seiten des St. Christophorus Krankenhauses nicht zur Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet und belastet somit nicht das hausärztliche Budget. Die Kosten für die verordnete Ernährungstherapie werden durch die Teilnahmegebühr für das inBalance - Adipositas Schulungsprogramm beglichen.